№ 11. WARSZAWA, LISTOPAD 1934 ROK VI

THERAPIA NOVA

MIESIĘCZNIK NAUKOWY POŚWIĘCONY LECZNICTWU

ACTITRAN W LECZENIU GRUŹLICY PŁUC

Z oddziału chorób płucnych szpitala na Czystem
Ordynator Dr. med. G. Lewin.
podali:
Dr. med. A. P. REJCHMAN i Dr. med. M. ŻARNOWER.

Już od przeszło 100 lat, wśród licznych środków leczniczych poważne miejsce zajmuje tran. Początkowo był on stosowany przez medycynę ludową na półwyspie Skandynawskim i w Anglji. Już w końcu XVIII-go stulecia rybacy islandcy korzystali z tłuszczu prymitywnie wydobywanego z wątroby dorsza do leczenia rozmaitych schorzeń kostnych i płucnych. Do medycyny oficjalnej został wprowadzony pierwotnie w Szkocji, następnie w Niemczech, Francji i Anglji (Percival, Schenks, Richters, Charon de Villards, Bennet i inni). Co do istoty jego działania i właściwości ówcześni pionierzy nowego środka leczniczego nie zdawali sobie sprawy; wydawało się im, że tran działa jako tłuszcz zwierzęcy, mocno skondensowany i to miało być jego przewagą wobec innych tłuszczów zwierzęcych i roślinnych. Późniejsze dopiero badania wykazały, że poza dużą zawartością tłuszczu zawiera tran cholesterynę i lipochromy (0,3—0.6%) organiczne związki fosforu (0,0002—0,0003%) bromu, chloru, siarki, zasady aminowe i witaminy A i D.

Witamina A posiada wybitne własności działania na wzrost osobnika i jednocześnie wzmaga siły odpornościowe ustroju w walce z rozmaitemi chorobami zakaźnemi; Witamina D — o własnościach przeciwkrzywiczych reguluje zaburzenia w gospodarce mineralnej .

Zrozumiałem więc jest, że domeną działania tranu jest krzywica. Dawniejsi autorzy próbowali stosować tran w gruźlicy płuc i otrzymywali dobre wyniki (Boujard, Pelleton i inni). Niektórzy badacze dochodzili nawet do wniosku, że tran działa bakterjobójczo na pewne kwasoodporne

drobnoustroje, nam się jednak wydaje rzeczą wysoce wątpliwą, by można było tranowi przypisywać tego rodzaju własności. Raczej, opierając się na doświadczeniu naszego oddziału, bezpośredniego działania na prątki kwasoodporne tran nie wywiera; zmniejszenie liczby tych drobnoustrojów w niektórych przypadkach leczonych tranem, tłumaczyć sobie należy poza wzmożoną sprawnością sił obronnych ustroju zakażonego, względnie wzmożeniem tychże, również przestrojeniem jego własności biologicznych.

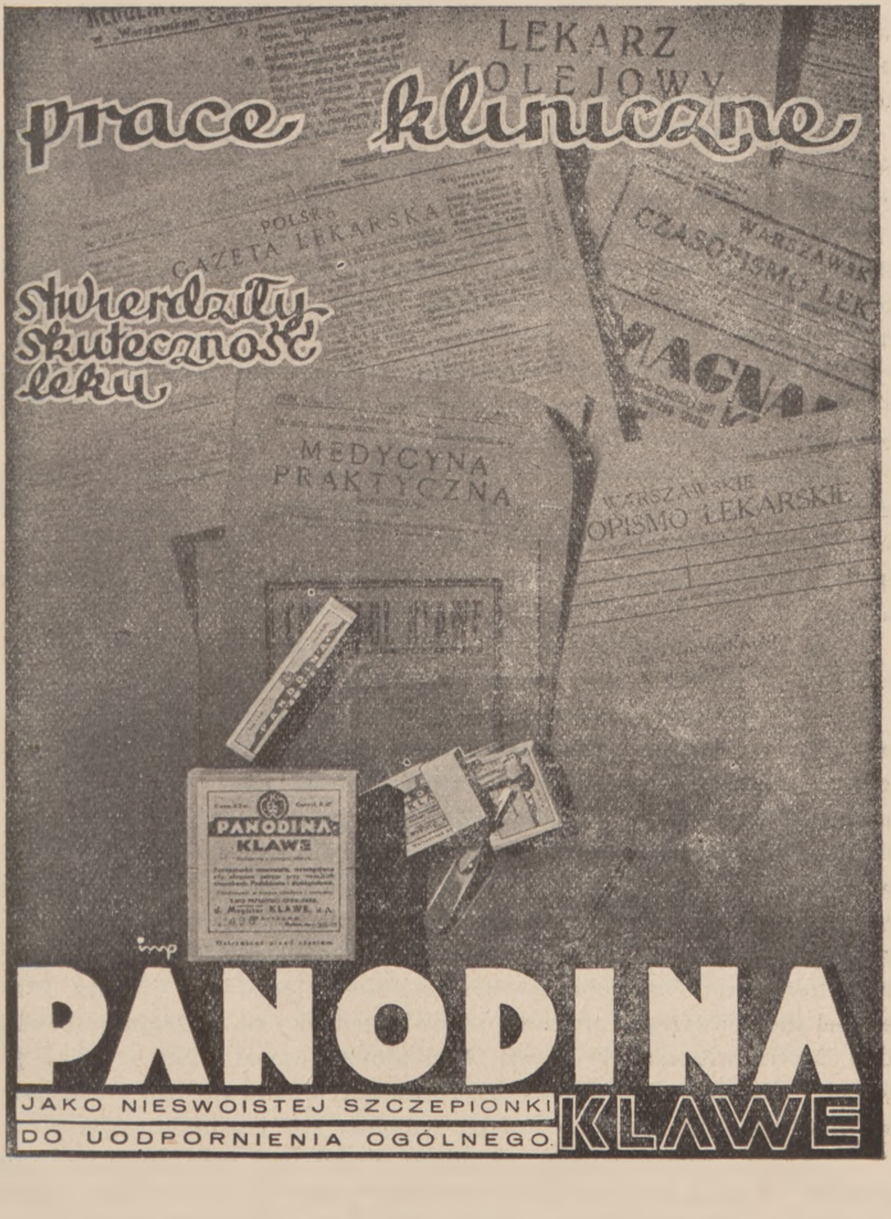
Mimo doniosłej roli leczniczej tranu stosowanie jego z konieczności musiało być ograniczone ze względu na niechęć chorych do przyjmowania tego środka. Tran bowiem, jak to powszechnie wiadomo, odznacza się niemiłym zapachem i przykrym smakiem, przyjmowany w większych ilościach wywołuje utratę łaknienia, a w poszczególnych przypadkach nawet dolegliwości żołądkowo-jelitowe. To też, gdy ukazał się na rynku tran, w postaci umożliwiającej mniejsze dawkowanie, chętnie skorzystaliśmy z niego celem wypróbowania na chorych naszego oddziału. Preparatem tym był Actitran — tran bardzo skondensowany o zawartości witamin A i D dziesięciokrotnie przewyższającej zawartość tychże w zwykłym tranie. Z powodu znacznego stężenia i zwiększonej zawartości witamin można było dla osiągnięcia wyniku leczniczego stosować dawki mniejsze.

Do naszych prób wybieraliśmy chorych o powolnym przebiegu schorzenia, bez wybitniejszych objawów intoksykacji ustroju jadem gruźliczym. Actitran podawaliśmy od 6 — 8 tygodni w ilości trzech łyżeczek od herbaty dziennie. Spostrzeżenia czynione były na 15 chorych oddziałowych, oraz na 10 ambulatoryjnych. Chorzy oddziałowi byli w wieku powyżej lat 18, — ambulatoryjni w wieku szkolnym.

Jakkolwiek w pracach poświęconych lecznictwu gruźlicy płuc, tranowi albo wcale się nie udziela miejsca, albo też zbywa go się krótką wzmianką, że może być stosowany jako nutriens, to jednak w początkowych okresach łagodnych postaci gruźlicy płuc, lekarz-praktyk często z tego środka korzysta. Mimo, iż gruźliczy materjał szpitalny składa się przeważnie z chorych z posuniętą sprawą chorobową, to i tu jednak w okresach zwolnienia, w stanach niedożywienia, a również często i z innych względów stosowanie tranu ma miejsce. Korzystając w ciągu lat z tego środka (przeważnie obok innych metod i środków leczenia) w leczeniu chorych gruźliczych odnieśliśmy wrażenie, iż tran zaliczyć należy do środków niewątpliwie pożytecznych dla chorych gruźliczych.

Przystępując do obserwacji nad Actitranem interesowały nas zagadnienia:

A) Czy możność podawania tranu w mniejszych objętościowo ilościach stanowi istotne udogodnienie dla chorych i czy to udogodnienie da możność szerszego stosowania.



prace kliniczne
stwierdziły skuteczność leku
LEKARZ KOLEJOWY
POLSKA GAZETA LEKARSKA
WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE
MEDYCYNA PRAKTYCZNA
PANODINA KLAWE
PANODINA
JAKO NIESWOISTEJ SZCZEPIONKI
DO UODPORNIENIA OGÓLNEGO.
KLAWE

B) Czy działanie Actitranu różni się w skutkach od znanego nam dawniej wpływu na ustrój chory zwykłego tranu.

C) Czy dadzą się zaobserwować zmiany w stanie zdrowia gruźlika pod wpływem wyłącznego podawania Actitranu.

W związku z punktem C) przypomnieć chcemy, że za czynne leczniczo substancje w tranie uznawać możnaby było a priori wymienione na wstępie składniki. Składniki te w odniesieniu do gruźlicy płuc wymagają krótkiego omówienia.

Ad tłuszcze: nadmierne odżywianie zwłaszcza tłuszczami w gruźlicy płuc zostało naogół zarzucone. Przyjętem jest obecnie, iż dzienny posiłek gruźlika, składający się z 100—120 g białka, 300—400 g węglowodanów i 100—150 g tłuszczu jest wystarczający, (z wyjątkiem przypadku wybitnego wychudzenia). Dzienna porcja tłuszczów może być gruźlikowi podawana w różnej postaci; zawartość więc tłuszczu w tranie może mieć znaczenie tylko względne.

Ad cholesteryna: Stosowanie cholesteryny w gruźlicy, jako chorobie zakaźnej winno być uznane za celowe wskutek jej ogólnego działania obronnego, przeciwinfekcyjnego.

Ad związki organiczne fosforu i t. d.: te składniki mogą wpływać na jakościowy skład soków ustrojowych, co może mieć pewne znaczenie. Przypomnijmy, że Gerson usiłował również, drogą nieco odmienną wpływać w tym kierunku, zalecając chorym mieszaninę soli t. zw. mineralogen.

Ad zasady aminowe: mogą one prócz innego swego działania wpływać na równowagę kwasowo-zasadową.

Ad witaminy: tym składnikom w tranie przypisuje się zazwyczaj największe znaczenie. Doceniając w zupełności znaczenie witamin dla ustroju, szczególnie chorego, stwierdzić jednak należy, że dostateczne, racjonalne odżywianie gruźlika pokrywa zapotrzebowanie jego na witaminy; że podawanie witamin w tranie raczej byłoby celowe przy niedostatecznem i nieracjonalnem odżywianiu. Nie mniej jednak podano szereg doniesień o specjalnym wpływie leczenia witaminami na przebieg gruźlicy płuc. Tak Menschel uzyskiwał dobre wyniki lecznicze po dłuższem stosowaniu Vigantolu, zaś Berger i Melcer polskiego Vitavitu. Pfannenstiel nie spostrzegał poprawy zdrowia gruźlika po leczeniu jego witaminą D oraz witaminą D + wit. A, natomiast opisał dobry wynik z połączenia witamin A i B. Sądzić z tego można, iż sprawa wpływu na przebieg gruźlicy płuc tych lub innych witamin jest jeszcze otwarta.

Celowo zastanawialiśmy się nieco dłużej nad temi sprawami, aby wykazać, iż stosowanie tranu w gruźlicy płuc, już teoretycznie daleko wykracza poza podawanie go, jako środka wyłącznie odżywczego.

Wracając do zagadnień, których wyświetlenie postawiliśmy sobie za cel naszej pracy musimy co do p. A) stwierdzić na podstawie naszych

spostrzeżeń, że tylko w pojedyńczych przypadkach chorzy odmawiali przyjmowania Actitranu. Były to jednostki wyjątkowo przewrażliwione; nie chciały one zażywać i innych lekarstw. Naogół zaś chorzy chętnie korzystali z Actitranu od pierwszego dnia zlecenia, a nieraz sami dopominali się o ten środek. Niewątpliwie daje to możność szerszego stosowania Actitranu w praktyce lekarskiej, gdyż objawy nietolerancji, a tem bardziej uboczne objawy występowały tylko wyjątkowo.

Co do zagadnienia drugiego, to opierać się możemy tu tylko na ogólnem wrażeniu, uzasadnionem przez dłuższe stosowanie zwykłego tranu dawniej. Wydaje się nam, że skutek leczniczy pod wpływem Actitranu występował szybciej. W związku z zagadnieniem C) odpowiednio dobrani chorzy nie otrzymywali żadnego leczenia, dotyczy to i Actitranu, w ciągu 2 tygodni, by można było zdać sobie sprawę z wpływu warunków szpitalnych na przebieg choroby; jak przekonać się mogliśmy czynnik pobytu w szpitalu często sam przez się wpływa dodatnio na stan chorych gruźliczych, (polepszenie warunków mieszkaniowych, odżywiania i t. p.). Po dwutygodniowym pobycie chorego w szpitalu i bliższem zapoznaniu się z jego stanem oraz po przeprowadzeniu właściwych badań wspomniani chorzy otrzymywali trzy razy dziennie po 1 łyżeczce Actitranu, przyczem unikaliśmy u nich innych metod i środków leczenia. Po skończonej kuracji, która trwała przeciętnie 6—8 tygodni chory był ponownie poddawany szczegółowym oględzinom i odpowiednim badaniom. Rozbiór wyników leczniczych, uzyskanych w ten sposób doprowadza nas do następujących wniosków:

Przedewszystkiem zaznaczył się wzrost wagi u większości chorych w granicach od 3—6 kg. Zwiększenie wagi nie tłumaczy się ani wpływem pobytu w szpitalu, szczególnie odżywiania szpitalnego, lecz prawdopodobnie wzmożeniem sił żywotnych i uregulowaniem przemiany materji pod wpływem Actitranu. Wpływ na ciepłotę ciała (chorzy mieli przeważnie stany podgorączkowe) nie był wybitnie zaznaczony. Jednakowoż w kilku przypadkach ciepłota stała się normalna. Dotyczy to chorych, u których stwierdzaliśmy tendencję do remisji; sądzimy, że pod wpływem Actitranu występowała ona szybciej. Wyraźnego wpływu na liczbę prątków wzgl. ich jakość nie widzieliśmy; zresztą prątki w naszych przypadkach były albo nieliczne, albo brak ich był zupełny. Natomiast niejednokrotnie mieliśmy możność przekonać się, że u chorych naszych zmniejszały się objawy intoksykacji gruźliczej (poty, dreszczyki, częstoskurcz, sensacje bólowe w okolicy serca i t. p.) niewątpliwie pod pewnym wpływem Actitranu. Wreszcie stwierdzało się u chorych poprawę łaknienia i ogólne lepsze samopoczucie.

By wyrobić sobie określony sąd o przedmiotowych zmianach w ustroju gruźlika, leczonego Actitranem zwróciliśmy specjalną uwagę na zachowanie się odczynu Biernackiego przed i po kuracji. Aczkolwiek

O. B. nie ma znaczenia bezwzględnego w ocenie stanu chorego gruźliczego, jak świadczy o tem szereg odnośnych prac, to jednak na podstawie naszego doświadczenia stwierdzić możemy, że w większości przypadków poprawa stanu klinicznego zaznacza się przedłużeniem czasu opadania krwinek. W większości naszych przypadków po kuracji actitranowej ustalić mogliśmy przedłużenie czasu opadania krwinek o 20 do 100 minut. Wyższe liczby dotyczą przeważnie pacjentów w wieku lat 10—15.

Sądzimy, iż z powyższego wyprowadzić można wniosek, że w Actitranie posiadamy środek leczniczy pomocniczy, w łagodnych włóknistych postaciach gruźlicy płuc, przeważnie w okresach początkowych. Actitran wprawdzie nie zmienia zasadniczo charakteru i przebiegu choroby, lecz wpływa dodatnio na ogólny stan zdrowia, w szczególności na samopoczucie, łaknienie, wagę; w stopniu mniej wyraźnym na ciepłotę ciała; poza tem dodatni wpływ Actitranu na gruźliczy ustrój zaznacza się przedłużeniem odczynu Biernackiego. W poszczególnych przypadkach, wykazujących tendencję do zwolnienia procesu chorobowego Actitran może przyśpieszyć remisję.

Dla ilustracji podajemy poniżej krótki przebieg chorobowy z kilku przypadków.

1) Chory Z. N. lat 24 przybywa na oddział z powodu kaszlu, stanów podgorączkowych, nocnych potów. Badaniem objektywnem stwierdza się liczne zropiałe gruczoły na szyi. Nad szczytami płuc wypuk przytłumiony, bardziej po stronie prawej; wysłuchowo nad miejscami przytłumienia szmer oddechowy zaostrzony, wydech wydłużony, pojedyńcze rzężenia dźwięczne pod obojczykiem prawym. Dolne granice płuc ruchome. Serce — norma, tętno 90 na 1', ciepłota 37,5°C, jama brzuszna — norma. Rentgen: zaciemnienie pól obu szczytów. Drobnoplamiste nacieki w obu górnych płatach płucnych, jama rozpadowa pod obojczykiem prawym. Liczne smugi zrostowe Badania laboratoryjne: Koch + Pirquet + O. B. 40' W. R. — RR 120/75 mocz — norma, waga 52 kg. Rozpoznanie: Phtisis pulm. fibro — caseosa declarata progr. chron. lymphadenitis colli tbc. Po dwutygodniowym pobycie na oddziale bez leków z dwukrotną nieudaną z powodu zrostów próbą nałożenia odmy sztucznej stan chorego nie uległ zmianie. Łaknienia brak, waga taka sama. Rozpoczęto więc choremu podawanie Actitranu 3 razy dziennie po łyżeczce herbacianej. Po 6-tygodniowej kuracji Actitranem choremu przybyło 5 kg. wagi, nocne poty ustąpiły, tętno 80 na 1', ciepłota 37.O°C—37.2°C O. B. 60' Koch+, zropiałe gruczoły uległy zabliźnieniu, ogólne samopoczucie lepsze, łaknienie dobre, objawy fizykalne bez zmian, chory wypisany z poprawą do sanatorjum.

2) Chory B. M. l. 34 zgłosił się na oddział z powodu silnego kaszlu, stanów podgorączkowych. Badaniem fizykalnem w płucach stwierdza

się oddech zaostrzony nad szczytami płuc; opukowo przytłumienie nad szczytami, serce — norma, tętno 88 na 1', jama brzuszna — norma, ciepłota 37,2°C Pirquet ++ Koch—, O. B. 60 minut W. R. —, RR. 140/80. mocz — norma, waga 54 kg. Rentgen: — przyciemnienie pól obu szczytów. Rozpoznanie: Phtisis pulm. chron. incip. manif. pr. chron.

Choremu podawano w ciągu 2 miesięcy Actitran, poczem samopoczucie chorego znacznie się poprawiło, przybytek wagi 7 kg., tętno 80 na 1', ciepłota normalna, Koch —, O. B. 100 minut. Objawy fizykalne bez zmian. Chory wypisany z poprawą.

3) I. A. l. 11 (przyp. Amb.). Zgłosił się z powodu braku łaknienia, stanów podgorączkowych, kłucia w okolicy łopatki prawej. Chory blady, apatyczny. Badaniem stwierdza się: powiększone gruczoły szyjowe, nad prawym szczytem wypuk lekko przytłumiony, osłuchowo oddech zaostrzony, wydech słyszalny. Rentgen: zawoalowanie szczytu prawego płuca, gruczoły wnękowe powiększone. Rozpoznanie: Phtisis pulm. incip. Koch —, Pirquet +++ O. B. 120 —. Chłopcu podawano Actitran. Po 3-miesięcznej obserwacji stwierdzono przyrost wagi z 29—35 kg. O. B. 200 minut, łaknienie dobre, kłucia ustąpiły, samopoczucie dobre.

PIŚMIENNICTWO.

Baujard. De l'huile de foie de morue 1864.

Pelleton. — Journal de micrographie 1886.

Brodzki. Fortschritte der Medicin Nr. III. 1905.

Sokołowski. Suchoty płuc.

Funk. — O witaminach, 1925 r.

Menschel M. m. W. Nr. 6. 1930.

Randoin. Obecny stan zagadnienia o witaminach. Biologja Lekarska, 1932 r.

Berger L. — Wpływ Vitavitu na przebieg gruźlicy u dzieci. Polska Gazeta Lekarska Nr. 9, 1934 r.

Melcer. — Witamina D — a gruźlica płuc. „Prakt. Lek.“ Nr. 11. 1930 r.

Dr. JAN OLESIŃSKI (Warszawa).

O GOŚCCOWYCH SCHORZENIACH SERCA.

Gościec jest schorzeniem zakaźnem, przebiegającem z zapaleniem surowiczem stawów. Najważniejsze powikłania gośćca dotyczą narządu krążenia, a mianowicie wsierdzia, sierdzia, osierdzia i naczyń. Jako choroba zakaźna wykazuje gościec pewne osobliwości: gościec nie jest cho-



robą udzielającą się, nadto rzadko występuje powyżej 40 roku życia. W 60% cierpienie to rozwija się po anginie. Źródłem zakażenia prócz migdałków mogą być ropne sprawy korzeni zębowych, przewlekłe zapalenia jam obocznych nosa i zapalenie ucha środkowego.

Dotychczas nie wykryto zarazka gośćca. Niektórzy autorzy uważają gościec za schorzenie alergiczne, występujące pod wpływem substancji toksycznych. Na korzyść tego stanowiska przemawiają objawy choroby posurowiczej.

Doniosłe znaczenie miało odkrycie Aschoff'a w roku 1904. Autor ten udowodnił, iż w przebiegu gośćcowego zapalenia sierdzia występują w sercu swoiste guzki, składające się z okrągłych komórek jednojądrzastych z zasadochłonnie barwiącą się zarodzią. W wielu guzkach stwierdzono twory, podobne do komórek olbrzymich. Guzki są umiejscowione pod wsierdziem i w tkance łącznej okołonaczyniowej naczyń serca. Takie same guzki znaleziono w torebkach stawowych i migdałkach. Są one zbudowane z komórek łącznotkankowych.

W występowaniu wspomnianych guzków szukano dowodu istnienia swoistego zarazka gośćca. Jednak w przebiegu schorzeń alergicznych również stwierdzono podobne guzki.

Dowodem alergicznej natury schorzeń gośćcowych jest obniżenie miana dopełniacza (Erniederung des Komplementtiters), co niema miejsca przy innych cierpieniach. Zjawisko obniżenia miana dopełniacza uzyskano doświadczalnie po uczuleniu na białko obcogatunkowe.

Wobec powyższych zmian tkankowych w zakresie serca należałoby zapatrywać się na gośćcowe cierpienia serca nie jako na powikłania, lecz jako na współzależne umiejscowienia chorobowe. Najczęściej dotknięte jest wsierdzie, co stanowi przyczynę późniejszych wad zastawkowych. Inne zakażenia jak gronkowce, paciorkowce, pneumokokki, błonica, płonica, dur, rzeżączka o wiele rzadziej zajmują wsierdzie. Należy odróżniać endocarditis simplex, przy której na pierwszy plan wysuwają się objawy zapalenia zastawek, od endocarditis septica z ogólnemi objawami posocznicy. Odrębną postać stanowi endocarditis lenta o przebiegu powolnym, uwarunkowana przez streptococcus viridans. Niekiedy endocarditis lenta może rozwinąć się wtórnie na tle gośćcowego zapalenia wsierdzia. Anatomicznie odróżnia się trzy postacie: 1) endocarditis verrucosa seu simplex, 2) endocarditis septica ulcerosa seu polyposa, 3) endocarditis chronica fibrosa, która jest zejściem endocarditis verrucosa. Na tle endocarditis chronica fibrosa może rozwinąć się endocarditis lenta.

Najczęściej schorzenie gośćcowe umiejscawia się na zastawce dwudzielnej (90%), o wiele rzadziej na zastawkach tętnicy głównej (10%). Występowanie zapalenia wsierdzia nie zależy od ciężkości schorzenia gośćcowego. Czasem zapalenie gośćcowe wsierdzia rozwija się bez doie-

gliwości ze strony stawów. W niektórych przypadkach przez dłuższy czas nie stwierdza się objawów przedmiotowych i podmiotowych. Czasem zapalenie wsierdzia ujawnia się nagłem wzniesieniem ciepłoty. Tętno ulega znacznemu przyśpieszeniu, czasem stwierdza się skurcze dodatkowe, które wskazują na podrażnienie pęczka Hiss'a. Znamienny jest szmer skurczowy nad koniuszkiem. Niektórzy autorzy uzależniają ten szmer skurczowy od schorzenia mięśnia, które pociąga za sobą niedomykalność zastawek pochodzenia mięśniowego. Uprzednio stwierdza się przyciszenie pierwszego tonu, dopiero później występuje szmer skurczowy nad zastawką dwudzielną, który staje się coraz głośniejszy i muzykalniejszy. Koniecznem jest uwzględnienie szmerów przypadkowych. W innych przypadkach występuje rozszczepienie pierwszego tonu nad koniuszkiem, niekiedy — szmer przedskurczowy, rzadziej — szmer rozkurczowy. Przy umiejscowieniu sprawy na zastawkach tętnicy głównej wysłuchuje się stopniowo rozwijający się szmer skurczowy, zaś w późniejszym przebiegu szmer rozkurczowy. Bardzo rzadko sprawa występuje na zastawce trójdzielnej. Wówczas wysłuchuje się głośny szmer skurczowy nad dolną okolicą mostka. Nadto występuje skurczowe tętno żylne. Najrzadziej zajęte są zastawki tętnicy płucnej. Natomiast stosunkowo częściej przyłącza się niedomykalność względna tętnicy płucnej. Często spotyka się postać mieszania mitro-aortalna. Opukowo na początku niema zwiększenia stłumienia serca. Dopiero po pewnem trwaniu sprawy w zakresie zastawki dwudzielnej następuje zwiększenie lewej komory na lewo i wzmożenie uderzenia koniuszkowego. Świadczy to o rozstrzeni lewego serca, do której przyłącza się później przerost. To samo dotyczy sprawy gośćcowej, umiejscowionej na zastawkach tętnicy głównej. Na podstawie badań anatomicznych udowodniono, iż zawsze współistnieje schorzenie sierdzia, które ma wpływ na częstość tętna, wielkość serca i ewentualne wystąpienie zjawisk zastoinowych. Zapalenie wsierdzia może spowodować groźne powikłania wskutek powędrowania zakrzepów ze schorzałych zastawek do różnych narządów. Stąd powstają zawały w płucach, nerkach, śledzionie i mózgu.

Powyższe powikłania są o wiele rzadsze niż przy septycznych zapaleniach wsierdzia. Występują te sprawy zazwyczaj w późnym okresie cierpienia gośćcowego wsierdzia.

Przebieg sprawy niepowikłanej jest dobrotliwy. Częste są nawroty i obostrzenia. W wyjątkowo rzadkich przypadkach sprawa nabiera cech złośliwości szybko prowadząc chorego do zgonu.

Całkowite wyleczenie stwierdza się rzadko. W przeważającej większości przypadków rozwija się przewlekła wada serca. Inne przyczyny wad serca w mniejszym stopniu wchodzą w rachubę (kiła, miażdżyca, choroby zakaźne, pląsawica, zapalenie płuc, posocznica, płonica, błonica). 60% przypadków wad serca jest pochodzenia gośćcowego.

Według Aschoff'a przy gośćcowem zapaleniu wsierdzia zajęte jest również sierdzie. Zapalenie sierdzia ujawnia się kołataniem serca, kłuciem i bólem w okolicy serca, ściskaniem i objawami, podobnymi do dławicowych. Jeżeli chory po małym wysiłku staje się bladym i doznaje zawrotów głowy, należy myśleć o zapaleniu sierdzia. Przedmiotowo stwierdza się rozstrzeń ku stronie prawej i lewej. Osłuchowo znajduje się głuchy i cichy pierwszy ton, ewentualnie przy współistnieniu niedomykalności względnej zastawki dwudzielnej pochodzenia mięśniowego — szmer skurczowy i wzmożenie drugiego tonu nad tętnicą płucną. Tętno jest miękkie, drobne i nieregularne. Przeważnie stwierdza się skurcze dodatkowe i niemiarowość zupełną. Guzki Aschoff'a mogą rozwinąć się w zakresie pęczka Hiss'a i spowodować przerwę w przewodnictwie podniet. Może nastąpić rozkojarzenie czynności przedsionków i komór. Rozwija się wówczas blok częściowy lub zespół Adama — Stockes'a ze zwolnieniem tętna i napadami omdlenia.

Rozpoznanie różnicowe między zapaleniem wsierdzia i zapaleniem sierdzia jest trudne. Zapalenie sierdzia współistnieje w każdym przypadku rozpoznawanym jako zapalenie wsierdzia. Celem rozpoznania różnicowego jest rozstrzygnięcie, czy do zapalenia sierdzia przyłączyło się zapalenie wsierdzia. Jeżeli szmer stale się utrzymuje i brak wybitnych objawów niedomogi serca, wówczas należy myśleć o zajęciu zastawek. Natomiast przy zmiennych wynikach osłuchowych i silnem osłabieniu serca należy raczej myśleć o czystej postaci zapalenia sierdzia.

Rozpoznanie odosobnionego zapalenia sierdzia, gdy niema oznak zapalenia wsierdzia i brak objawów podmiotowych jest bardzo trudne. Jedynie badanie elektrokardiograficzne może ujawnić zmiany sierdzia. Najważniejsze zmiany na krzywej elektrokardiograficznej są następujące: Wydłużenie odcinka P — R w 18%, rozszczepienie załamka P, objawy rozkojarzenia czynności przedsionków w 35%, prawie zawsze ujemny załamek T w drugiem odprowadzeniu, wreszcie uderzające współistnienie wysokiego załamka T w pierwszem odprowadzeniu ze zniekształceniem S — T w odprowadzeniu III-ciem. Zmiany te świadczą o ciężkiem uszkodzeniu mięśnia sercowego, jednak w licznych przypadkach po pewnym czasie powyższe zmiany ustępują.

Leczenie gośćcowego zapalenia wsierdzia i sierdzia.

Leczenie zbiega się z leczeniem gośćca. Najważniejszym lekiem jest kwas salicylowy. Na sprawy wsierdzia, sierdzia i osierdzia kwas sa-

*) mięsień sercowy.



CRESOLAN

„ERBE"

Sirup. phospho-creosoticus c. codeino

Nr. rej. M. S. W. 1031.

Stosuje się zamiast znacznie droższych wyrobów zagranicznych.

Leciferrina

Ovolecithina z żelazem w płynie.

Skuteczny środek **w osłabieniach, blednicy, anemji, neurastenji i w rekonwalescencji.**

Nr. rejestru 1520.

Flakon 1/1 ca. 500,0 Zł. 5.—
„ 1/2 „ 250,0 „ 3.—

Próby oraz literaturę na żądanie WWPP. Lekarzy wysyła:

„WITAMINA" Sp. Akc.

Warszawa, ul. Okopowa 21-23

licylowy bezpośredniego wpływu nie wywiera. Skracając czas trwania gośćca, kwas salicylowy temsamem zapobiega możliwości wystąpienia powikłań ze strony serca. Najważniejszem zadaniem leczenia jest zapewnić sercu zupełny spokój. Chory winien leżeć w łóżku i unikać wszelkich ruchów. Po ustąpieniu gorączki chory ma pozostawać w łóżku przez 2 tygodnie. Naparstnicę można stosować tylko przy objawach niedomogi. Zawsze należy badać gardziel, nos wraz z jamami obocznemi oraz zęby. Przy schorzeniach migdałków wskazane jest usunięcie migdałków. Nadto wskazane jest wyrwanie schorzałych zębów. Korzyść wycięcia migdałków (tonsillectomia) jest szczególnie wyraźna przy nawrotowych schorzeniach wielostawowych. Leczenie szczepionkami własnemi z drobnoustrojów. wziętych z migdałków często zawodzi. Czasem korzystnie działa leczenie bodźcowe za pomocą wstrzykiwań przetworów białka i srebra.

Gośćcowe zapalenie osierdzia.

Zapalenie osierdzia powstaje w drodze krwiopochodnej. Występują silne bóle w okolicy serca, które promieniują do łopatki. Osłuchowo stwierdza się szmer tarcia między IV-tem a VI-tem żebrem. Czasem tarcie występuje tylko przelotnie. Wkrótce po suchem zapaleniu osierdzia zjawia się wysięk surowiczy. Najważniejszym objawem jest rozszerzenie się stłumienia serca. Powstaje trójkąt stłumienia ze szczytem we wcięciu mostkowem (jugulum). Tony stają się bardziej ciche, uderzenie koniuszkowe znika. Przy narastaniu ilości płynu wzmaga się duszność. Chorzy siedzą zginając się ku przodowi, co częściowo zmniejsza duszność i ucisk wysięku.

Sprawa zawsze przebiega z wysoką gorączką w przeciwieństwie do gruźliczego zapalenia osierdzia. Rokowanie jest naogół pomyślne. Jednak powstają w następstwie zrosty worka osierdziowego (concretio cordis). Stwierdzenie zrostów uskutecznia się za pomocą pneumotachografji.

Schorzenia naczyń w przebiegu gośćca.

Na tle gośćca może rozwinąć się tętniak tętnicy głównej. Zmiany gośćcowe mogą dotyczyć wszystkich warstw ścianki naczyniowej. Znane są również umiejscowienia w obrębie tętnicy płucnej i tętnic brzusznych. Niektóre postacie marskości nerek zależą od schorzeń gośćcowych naczyń nerkowych. W zakresie żył znane są przypadki zakrzepowego zapalenia.

Z powyższych rozważań wynika, iż zmiany wsierdzia, sierdzia

i osierdzia mogą rozmaicie przebiegać. Niema dotychczas jednolitego wytłumaczenia spraw gośćcowych Jedni widzą w nich zakażenie, spowodowane przez swoisty zarazek, inni usiłują tłumaczyć zmiany gośćcowe odczynami alergicznemi. Poważnym postępem diagnostyki klinicznej jest stosowanie elektrokardiografji, która pozwala wcześnie wykryć zmiany sierdzia.

REFERATY Z CZASOPISM OBCYCH.

FREY E. PROF. *Przywrócenie oddechu.* (Die Wiederbelebung der atmung.). Die Mediz. Welt. 1934. Nr. 5. str. 145— 148.

Autor wspomina o środkach używanych dla przywrócenia oddechu, wymieniając lobelinę i ikoral, a z szeregu środków pobudzających kamforę, kofeinę, adrenalinę i koraminę.

W zatruciach środkami odurzającemi doskonale skutkuje koramina w większych dawkach. Jest ona cennym środkiem, aczkolwiek tylko pośrednio działa na serce.

Dr. Franciszek Sienicki.

——:o:——

F. DEGAUX. *Dna a cholesteryna.* Le Monde Medical Nr. 853/34.

Podczas gdy rola kwasu moczowego w powstawaniu dny uznawana jest już od dawna, o roli cholesteryny w powstawaniu tej choroby mówi się dopiero od paru lat, od czasu gdy szereg autorów wykazało obecność cholesteryny w dużych ilościach w b. wielu guzkach dnawych.

Również stwierdzono w dnie zwiększenie ilości cholesteryny we krwi.

Należy z tego wyciągnąć odpowiednie wnioski lecznicze, a mianowicie w leczeniu dny należy kierować uwagę nietylko na kwas moczowy, ale również na konieczność zmniejszenia ilości cholesteryny, podawanej w pożywieniu, ułatwianie jej wydalania z ustroju czy też rozkładania jej w organiźmie.

Ilość cholesteryny we krwi u chorych na dnę nie przekracza zwykle 2 gr., w litrze, zdarzają się jednak przypadki, w których ilość cholesteryny osiąga cyfry 3, a nawet 4 gr. Wysokość jednak poziomu cho-

lesteryny we krwi nie stoi w żadnym związku z nasileniem zmian dnawych; identyczne cyfry spotykano również w przypadkach dny zarówno ostrej jak i przewlekłej.

Zwiększeniu ilości kwasu moczowego i cholesteryny we krwi towarzyszy zwiększenie ilości kwasu szczawiowego. Wypadanie jednej z tych substancyj pociąga za sobą podobne wypadanie pozostałych. W wypadaniu tych substancyj odgrywa rolę zarówno nadmierna ich koncentracja we krwi jak również zmiany PH we krwi i odczyny anafilaktyczne.

Zwiększenie ilości tych wszystkich 3 substancyj zależne jest od zaburzeń czynnościowych wątroby. W razie niedostatecznej czynności wątroby cholesteryna nie zostaje dostatecznie rozłożona również nie zostaje w dostatecznej ilości wydalona drogą żółci do jelit.

W związku z tem wszystkiem należy leczenie dny skierować na nowe tory, a mianowicie dążyć do zmniejszenia ilości cholesteryny w organizmie i poprawienia czynności wątroby. Należy przedewszystkiem stosować odpowiednią djetę: unikać pokarmów, zawierających duże ilości cholesteryny. Do takich należy przedewszystkiem żółtko jaja, móżdżek, śmietanka, ser, sosy.

Z lekarstw należy stosować cholagoga oraz alkalja. Te ostatnie pobudzają czynność wątroby oraz pomagają w rozpuszczaniu cholesteryny. Autor radzi również ćwiczenia gimnastyczne, w szczególności gimnastykę oddechową, gdyż oddychanie odgrywa dużą rolę w rozkładaniu żółci.

——:o:——

R. LEIDLER. *Postaci zawrotu głowy i ich rozpoznanie*. Die Arztliche Praxis Nr. 9/34 r.

Pod nazwą zawrotu głowy autor rozumie ten szczególny stan świadomości, którego ośrodkiem jest uczucie ruchu całego ciała (przynajmniej głowy) i łączące się z niem uczucie niepewności cielesnej.

Ruch ten jest przeważnie obrotowy dokoła pionowej osi ciała, rzadziej dokoła innych osi. Do tego dołącza się często uczucie pociągania w jedną stronę albo nawet padania.

Prócz tych głównych objawów występują często jeszcze inne np. przy otwartych oczach pozorne ruchy otoczenia o charakterze przeważnie obrotowym, mdłości, skłonności do wymiotów. W cięższych postaciach uczucie osłabienia, często nawet zupełnego unicestwienia i omdlenie.

Badaniem przedmiotowem można wykazać następujące objawy: 1) oczopląs przy silniejszym zawrocie głowy, szczególnie w czasie napadu. Ma on charakter przedsionkowy. 2) Zaburzenia koordynacji całego ciała; w cięższych przypadkach chory nie może stać ani siedzieć, le-

ży tylko nieruchomo w łóżku; w przypadkach, w których chory potrafi stać, można wykazać dodatnie objaw Romberga i padanie w kierunku oczopląsu. Dalej ważnemi przedmiotowemi objawami jest zblednięcie lub zaczerwienienie, poty, biegunki i wymioty. Te ostatnie są gwałtowne, połączone z ciężkiem dławieniem, czem różnią się od lekkich wymiotów mózgowych. Tętno jest często zwolnione. Te wszystkie objawy służą od odróżnienia istotnego zawrotu głowy od rozmaitych innych objawów, nazywanych często niesłusznie przez chorych zawrotem głowy.

Istotny zawrót głowy spowodowany jest uszkodzeniem aparatu przedsionkowego w szerszem znaczeniu. Uszkodzenie miescić się może w uchu t.j w obwodowym aparacie przedsionkowym i wywołane być może przez procesy zapalne lub też zaburzenia w krążeniu, występujące w uchu wewnętrznem, wreszcie przez stany zapalne, obejmujące tylko nerwy, jak to się zdarza przy grypie, kile, gruźlicy i t. d.

Drugą grupę zaburzeń, powodujących istotny zawrót głowy stanowią zaburzenia w centralnym układzie nerwowym; a więc może to być schorzenie kąta móżdżkowo-mostowego, gdzie nr. acusticus wstępuje do mózgu (guzy, zapalenie opon, zastój w cysternach), schorzenie rdzenia i mostu, móżdżku, stwardnienie rozsiane i wreszcie wszelkie procesy, które skutkiem wzmożenia ciśnienia śródczaszkowego działają pośrednio na okolicę przedsionka.

——:o:——

E. RANZI. *Zakryte przebicie żołądka i wrzod drążący żołądka i dwunastnicy.* Die Arztliche Praxis Nr. 10/34 r.

Pojęcie zakrytego przebicia żołądka wprowadził Schnitzler. Rozumie on pod niem takie przypadki wrzodów żołądka lub dwunastnicy, w których przebicie zostaje natychmiast przykryte przez skleiny z sąsiedniemi narządami.

Objawy w takich przypadkach są podobne jak przy czystem przebiciu: silny ból, często nawet zapaść, ale objawy te szybko ustępują (różnica z czystem przebiciem).

Bolesność uciskowa i napięcie mięśniowe w nadbrzuszu istnieją, ale pozostały brzuch jest miękki naogół niebolesny.

Anatomopatologicznie przedstawia się obraz następująco: istnieje przebicie, które zostało zamknięte przez sąsiednie narządy jak śledziona, trzustka, wątroba, a nawet przednia ściana brzucha lub nawet pętle jelitowe.

W dalszym przebiegu wytwarzają się w miejscu wysięku coraz mocniejsze zrosty i mamy obraz wrzodu drążącego, wrastającego w jakiś narząd. Zdarza się również, że skutkiem przebicia wytwarza się ograniczone zapalenie otrzewnej, które się szybko otarbia. Powstaje wówczas ograniczony ropień podwątrobowy lub podprzeponowy lub też rozciągający się dokoła żołądka, często zawierający gazy. Ropień taki może być zamknięty lub też komunikować się z wrzodem.

Skutkiem przebicia może być również wytworzenie się rozlanej ropowicy na tylnej ścianie brzucha. Dotyczy to wrzodów dwunastnicy, leżących właśnie na tylnej ścianie brzucha. Ropowica taka może posuwać się wdół i ukazać się nad wiązadłem Pouparta. Często zachodzą trudności różnicowe: należy różnicować z ostrą kamicą żółciową, z zapaleniem trzustki i zapalnemi procesami na opłucnej przeponowej.

Co się tyczy wskazań do operacji, to autor radzi w przypadkach z ciężkiemi objawami operować natychmiast, gdyż trudno rozstrzygnąć, czy mamy do czynienia z czystem, czy też z zakrytem przebiciem. Co się tyczy rodzaju operacji, autor radzi dokonania resekcji. Według statystyki Kunza na 528 resekcyj śmiertelność wynosi 16,5%.

Wewnętrzne leczenie niewiele może w tych wypadkach zdziałać i bezwzględnie należy oddać pierwszeństwo metodom radykalnym.

Dr. Irena Grodzieńska.

——:o:——

DR. BETZNER-DUSSELDORF. *Uśmierzanie bólu czopkami z Cibalginą* (Schmerzstillung mit Cibalginsuppositorien). D. med. Wschr. Nr. 28. 1934 r.

Cibalgina dotychczas stosowana była w postaci wstrzykiwań, w kroplach i tabletkach. Ostatnio ukazały się czopki, z których każdy zawiera 2 tabletki Cibalginy, co odpowiada 0.44 gr. Dimethylaminophenazonu i 0,06 g. Dialu. Preparat ten wypróbowano w 120 przypadkach na oddziale chirurgiczno-ginekologicznym i wypadkowym. Podawano go począwszy od drugiego dnia wieczorem po wszystkich niezbyt ciężkich zabiegach (appendectomia, herniotomia, panaritium, złamania i t. d.), zamiast dotychczas stosowanego wstrzyknięcia morfiny. W 90% wystarczał jeden czopek aby usunąć bóle; aby otrzymać działanie nasenne podawano drugi czopek w 3 godziny po pierwszym. W ½ godziny po wprowadzeniu drugiego czopka zjawiał się sen bez żadnych zaburzeń

sercowych lub kiszkowych, ewent. nudności Preparat posiada i tę zaletę, że unika się wstrzykiwania morfiny, która powoduje porażenie przewodu pokarmowego, czego tu zupełnie nie obserwuje się. Dobre wyniki osiągnięto w bolesnem miesiączkowaniu i schorzeniach ginekologicznych, leczonych nieoperacyjnie. To samo da się powiedzieć o bólach opłucnowych. Natomiast kamica żółciowa nie może być polem do stosowania czopków, zapewne dlatego, że wywierają one słaby wpływ na skurcz przewodów żółciowych. Do tego celu lepiej nadają się domięśniowe lub dożylne wstrzykiwania Cibalginy Silne bóle głowy wskutek wstrząsu mózgu i pęknięcia czaszki szybko ustępowały. Tylko w 2 wypadkach nie było pełnego efektu. W przewlekłych schorzeniach kostnych i ropnych zapaleniach stawów otrzymywano doskonałe wyniki z czopkami, przez co unikało się wstrzykiwania morfiny Autor konkluduje, że ta nowa postać Cibalginy nie wywołuje żadnego przyzwyczajenia — jest doskonale znoszona i nie ma szkodliwych następstw.

Dr. Franciszek Sienicki.

——:o:——

DR. H. DWORZAK I DR. K. PODLESCHKA. *Czy próba ciążowa na królicy z przeszczepionym jajnikiem do przedniej komory oka nadaje się do użytku praktycznego.* Zentralblatt für Gynekolog. Nr. 23 1934.

Już w r. 1933 Spirito poruszony udanemi próbami R. Neumanna przeszczepiania macicy do przedniej komory oka wyraził nadzieję, że jajniki królicy przeszczepione do przedniej komory jej oka będą się nadawały do wykazywania próby na ciążę, Spirito wyraził tę nadzieję, nie mając jeszcze za sobą pozytywnych rezultatów.

Autorom udała się pierwsza transplantacja w końcu 1932 roku, ale wtedy jeszcze nie wiedzieli czy będą mogli wykorzystać to do celów praktycznych. Zasadniczo należało spodziewać się pozytywnych rezultatów, gdyż wstrzykując prolan królicy z przeszczepionym jajnikiem otrzymywali wzrost pęcherzyków i luteinizację. W tym samym czasie ukazała się praca Spirito w której donosił o swych rezultatach.

6 królicom o wadze 1500 gr. przeszczepiono do obu komór przed-

nich oka oba jajniki. Przeszczepienie udało się w 2 przyp. u 4 pozostałych zwierząt transplantaty nie przyjęły się. Jedno ze zwierząt z udanym transplantatem zabito w 5 mies. po przeszczepieniu jajnika, w badanym jajniku stwierdzono pęcherzyki różnej dojrzałości i ciałka żółte. Jedno ze zwierząt użyto do próby ciążowej. W dwa miesiące po operacji wstrzyknięto królicy 10 cm^3. moczu ciężarnej i już po 36 godz. wystąpiło na przeszczepionym jajniku przekrwienie, punkty krwiotoczne, transplantat zwiększył swoją objętość i wyglądał jakby był obrzękły przez długi czas. Dwa miesiące po pierwszej próbie zmiany w jajniku były jeszcze widoczne, mimo to użyto zwierzę powtórnie do próby w ten sam sposób, aby upewnić się, że zmiany histologiczne występują właśnie po wstrzyknięciu moczu ciężarnej. Zwierzę jednak padło w ½ godz. po wstrzyknięciu moczu.

Spirito stwierdza. że próba ciążowa w jajniku przeszczepionym do oka jest możliwa, ale, że trudności otrzymania „pozytywnego" transplantatu są za wielkie, żeby miało to zastosowanie praktyczne.

Autorzy dokonali 83 przeszczepień, 70 było udanych. 58 przeszczepionych jajników wykazywało swą czynność. W 12 przypadkach nie spostrzegano funkcji jajnika (transplantowano części jajnika w tych przypadkach).

Trudności przeszczepienia nie były tak wielkie, jak to podaje Spirito.

Do prób przeznaczyli autorzy 16 zwierząt, które miały przeszczepione oba jajniki do obu oczu i u których przynajmniej jeden transplantat wykazywał swą czynność.

Wykonano 25 prób, 9 zwierząt było dwukrotnie użytych. Wstrzykiwano dożylnie 10 cm^3 moczu świeżo wziętego cewnikiem i wymieszanego z eterem. Podobnie jak po wstrzyknięciu prolanu już po 24 godz. występuje przekrwienie transplantatu i wzrost pęcherzyków, te pęcherzyki już po 5 dniach nie pękając zmieniają się na ciałka żółte.

O ile ciąża nie była klinicznie pewna robiono dla kontroli próbę Aschheim Zondek'a. Otrzymano trzy błędne wyniki oraz jeden nierozpoznany. To stanowi 16% błędów. Nie rozpoznano dodatniej próby, gdyż 4 ciałka żółte, (które stwierdzono badaniem histologicznem) rozwinęły się: dwa poza tęczówką, dwa zaś znajdowały się na brzegu transplantatu i przykryte były zorganizowaną masą wysiękową, która wytworzyła się przy wrastaniu jajnika.

Na to, że ciałka powstały niedawno wskazuje to, że śluzówka macicy (tego zwierzęcia) badana histologicznie wykazuje budowę przedciążową w stadjum zmian wstecznych. Spirito uważa próbę za dodatnią, gdy jajnik jest przekrwiony, gdy występują punkty krwiotoczne i gdy objętość wzrasta dwukrotnie. Autorzy uważają próbę za dodatnią wtedy, gdy występuje wzrost pęcherzyka z następową luteinizacją. Gdyż zmia-

ny jakie Spirito uważa za wystarczające do uznania próby za dodatnią występują samoistnie u zwierząt (trzymanych w izolacji) podczas letnich miesięcy (spostrzeż. Zondeka).

Wbrew temu co podaje Spirito powtórną próbę można wykonać, gdy zmiany wywołane poprzednią są jeszcze widoczne. Nowopowstałe ciałka żółte łatwo odróżnić od dawnych, odróżniają się mocniejszą barwą.

Mimo, że trudności przeszczepiania nie są zbyt wielkie próba ta nie może konkurować z reakcją Aschheim-Zondeka dającej pewne rezultaty w 98,2%, modyfikacja Friedmanna, a ta wedle Hofmanna pewne rezultaty w 98,9%. Autorzy otrzymali dobrych wyników 84%. Pozatem zdarza się, że funkcjonujący jajnik w przedniej komorze oka na pewien czas zaprzestaje swej czynności, która jednakże powraca, ale próba wykonana w okresie bezczynności nie da nam właściwego wyniku.

——:o:——

ROBERT VOLBRACHT (z Berlińskiej Klin. Chor. Kobiecych dyr. W. Stoeckel). *Wewnątrzmaciczna śmierć płodu wskutek skrwawienia się z powodu pęknięcia łożyska.* Zentralblatt fur Gynakologie Nr. 23, 1934 rok.

Pacjentka, 43 letnia wieloródka podaje, że przed 4 tygodniami t.j. w 36 tygodniu ciąży po ciężkiej fizycznej pracy zaczęła krwawić, krwawienie ustało po 3-dniowem leżeniu w łóżku. Teraz zgłasza się do kliniki z powodu krwawienia, które rozpoczęło się przed czterema dniami; początkowo krwawiła mało, od trzech dni krwawienie jest bardzo obfite, a od wczorajszego dnia pacjentka nie czuje ruchów płodu. Badaniem stwierdza się: lekkie krwawienie, temp. 37.5°, tętno 80 na', ciąża koniec 40 tygodnia, trzon macicy sięga 2 palce poprzeczne poniżej łuku żebrowego, położenie płodu miednicowe, główka ruchoma znajd. się przy wejściu do miednicy. Tętno płodu niesłyszalne! bólów brak. Po podaniu pacjentce 3 razy po 0,3 gr. chininy wystąpiła akcja porodowa, pacjentka krwawiła dalej nieznacznie. Po sześciu godzinach odeszły wody ze

smółką, w pięć godzin później urodził się samoistnie płód płci męskiej, martwy, donoszony dług. 51 cm. wagi 3150 gr. Po urodzeniu płodu pacjentka krwawiła w dalszym ciągu. Gdy po godzinie łożysko nie odchodziło, wstrzyknięto 0,5 hypofizyny dożylnie i zastosowano zabieg Credego; pomimoto łożysko nie odchodziło; dopiero w narkozie po forsownym Crede łożysko odeszło. Doczesna była bardzo uszkodzona wobec tego sprawdzono jamę macicy; okazało się, że jest próżna. Łożysko przedstawia obraz następujący: składa się z dwóch płatów, oba płaty oddalone są od siebie o 15 cm. i połączone licznemi mocnemi naczyniami.

Przyczep pępowiny błoniasty znajduje się w odległości 1 cm. od brzegu jednego z płatów. Pęknięcie błon przebiega wzdłuż całej przestrzeni i sięga od dolnego bieguna jaja w górę do obu płatów łożyska. Przy pierwszem napotkanem naczyniu, przebiegającem błoniasto pęknięcie zmienia swój przebieg dotychczasowy, kierując się prostopadle (do poprzedniego przebiegu) do jednego z płatów, tworząc 1,5 cm. głębokości rozdarcie na brzegu tego płata. Rozdarcie to ma kształt trójkąta i wypełnione jest skrzepem. Dalej to pęknięcie przebiega równolegle do brzegu łożyska, następnie przechodzi na sam brzeg, odrywając kawałek łożyska dług. 4 cm. i szer. ½ cm.

Opierając się na wywiadzie możnaby przyjąć za przyczynę krwawienia łożysko przodujące, lub przedwczesne odklejenie łożyska. To ostatnie mogłoby powstać jako skutek ciężkiej pracy fizycznej. Kontrola jamy macicy dała możność stwierdzenia, że przyczep łożyska znajdował się w trzonie macicy. Placenta praevia odpada, jako przyczyna krwawienia. Poza jednym małym skrzepem brak dużych skrzepów, któreby wskazywały na przedwczesne odklejenie łożyska. Po dokładnem obejrzeniu łożyska można wyłączyć jako przyczynę krwawienia pęknięcie żylaka lub złośliwi nowotwór.

Jako źródło krwawienia pozostaje miejsce pęknięcia błon w miejscu oderwania kawałka łożyska. Śmierć dziecka nastąpiła wskutek skrwawienia z pękniętych naczyń. Niestety nie wykonano sekcji zwłok dziecka i z tego powodu nie ustalono anemji narządów.

Z innych przyczyn mogących doprowadzić do śmierci płodu WR— ujemny, zatrucia ciążowego nie stwierdzono.

Pęknięcie nastąpiło prawdopodobnie wraz z pęknięciem pęcherza— stąd silne krwawienie i śmierć płodu.

Krwawienie, które wystąpiło przed kilkoma tygodniami wywołane było prawdopodobnie częściowem odklejeniem łożyska, to ostatnie zaś mogło powstać jako skutek ciężkiej pracy fizycznej. Wówczas jednak do śmierci płodu nie doszło, wytworzył się skrzep, który zamknął naczynie i krwawienie ustało.

Dr. Halina Szenicer.

——:o:——

W. SPYCHAŁA. *Spostrzeżenia kliniczne nad działaniem perparyny.* (Polska Gaz. Lek. Nr. 37, 1934).

Autor celem przekonania się o wartości spazmolitycznej perparyny stosował preparat ten w proszku, pigułkach, czopkach i zastrzykach w dawce od 0,02 do 0,06 w licznych przypadkach dotyczących rozmaitych schorzeń. Znakomite wyniki uzyskał w przyp. stanów skurczowych przewodu pokarmowego i w kamicy żółciowej, w krótkim czasie po zastosowaniu leku bóle znikały, aczkolwiek inne środki dotąd stosowane zawodziły. Pozatem perparyna okazała się skuteczną w przypadkach kamicy nerkowej, kamyków moczowodowych, w stanach bólowych zależnych od stanów zapalnych najądrza, powrózka nasiennego i sterczu. W dychawicy oskrzelowej perparyna rozszerzając oskrzela usuwa duszność, wpływ leku obejmuje także i układ krążenia. W 4 przypadkach u zdrowych osobnik. stwierdził autor po podaniu perparyny obniżenie ciśnienia o 15 — 41 mm. hg. Natomiast zaledwie w jednym przypadku nadciśnienia samoistnego zdołał uzyskać przejściowe obniżenie parcia tętniczego. Na zasadzie spostrzeganych przypadków dochodzi autor do wniosku, że perparyna działa znacznie skuteczniej od innych leków spazmolitycznych, stosować ją można doustnie, doodbytniczo, dożylnie i domięśniowo w jednorazowej dawce 0,04. W razie potrzeby ze względu na małą toksyczność dawki można zwiększać. najwyższa dawka nie powinna jednak przekraczać 0,35 — 0,4 perparyny.

Dr. H. Zalcman.

Redakcja otrzymała z prośbą o umieszczenie:

ZAŚWIADCZENIE.

Niniejszem zaświadczam, iż szczepionki Vaccineurina i Pyocyanaza wyrabiane są całkowicie z produktów krajowych pod moją osobistą kontrolą i nadzorem w Chem.-Farm. Zakładach Przemysłowych Fr. Karpiński, Sp. Akc., w Warszawie.

Zaznaczam, iż wyłączna sprzedaż wymienionych szczepionek na Rzeczpospolitą Polską powierzona została firmie Breszel i Bruzda. Spółka Komandytowa w Warszawie (dział szczepionek).

Dr. med. Feliks Przesmycki
Doc. U. W. Kierownik oddziału Djagnostyki Bakterjologicznej P. Z. H.

Warszawa, dnia 21 lutego 1934 r.

TREŚĆ:

REDAKTOR:
w/z Dr. Med. Aleksander Kiciński

ADRES REDAKCJI:
Al. Ujazdowskie 34 tel. 9.67-75

WYDAWCA:
Mr. Farm. Zygmunt Sander

ADRES ADMINISTRACJI:
Złota 49 m. 2, tel. 2.11-55

Konto P. K. O. 19.175

Drukarnia „Antiqua", St. Szulc i S-ka, Kacza 7. Tel. 5-04-91.